

# 真庭市中心身障害児・者及び精神障害者通所授産施設通所交通費 助成交付申請書

令和 年 月 日

真庭市長 様

〈申請者〉 住 所 真庭市  
氏 名 印  
(TEL - - )

下記のとおり真庭市中心身障害児・者及び精神障害者通所授産施設通所交通費の助成を申請します。

対象者氏名		男・女	生年月日	年 月 日生		
住 所			申請者との続柄			
通所施設等名			通所距離	往路		km
送迎場所※	(乗車)		(事業所の送迎区間を含まない)	復路		km
	(降車)			平均通所距離 (支給決定距離)	平均	
通 所 月	月	月	月	月	月	月
施設開所日数	日	日	日	日	日	日
施設通所日数	日	日	日	日	日	日
施設証明欄	上記のとおり相違ないことを証明する。					
	所在地					
	名称	印				

※ 自宅から事業まで、事業所から自宅まで、乗る場所と降りる場所が異なっている場合はそれぞれご記入ください。

支払先	金融機関の名称		口座番号	名義人
		支店 支所		(フリガナ)

※支給決定額	@	円 ×	月分 =	円
--------	---	-----	------	---